

непосредственно снотворных препаратов можно отменить золпидем (ивадал), зопиклон (соннат, сомнол), залеплон (анданте), дормикум, радедорм, донормил, мелатонин. Эту группу лекарственных средств назначают на небольшой промежуток времени (обычно 7-14 дней) при крайней необходимости;

– антидепрессанты – применяют у больных со сниженной мотивацией, астенией и депрессией. Они улучшают настроение, уменьшают тоску, косвенным образом нормализуют сон. Это такие препараты как сиднофен, коаксил, флуоксетин (прозак), сертралин (золофт, стимулотон), пароксетин (паксил), amitриптилин, людиомил, симбалта;

ноотропы – препараты, «питающие» мозг. Помогают справиться с общей слабостью, нарушением внимания и памяти, головными болями и головокружением, шумом в ушах. К этой группе относят пирацетам (ноотропил), ноофен (фенибут), глицин (глицисед), пантогам, пантокальцин. С этой же целью возможно применение нейрометаболитов: актовегина (солкосерил), церебролизина;

– препараты, улучшающие кровообращение, – кавинтон (винпоцетин), оксибрал, стугерон, пентоксифиллин (трентал);

– препараты, снижающие артериальное давление (гипотензивные), – бисопролол (конкор), атенолол, метопролол, анаприлин. Из растительных средств с этой целью применяют препараты валерианы, зверобоя, боярышника, настойку пиона, душицу, Melissa, калину и др.;

– препараты, повышающие артериальное давление, – кофеин, мезатон, большинство растительных адаптогенов (настойка лимонника, родиола розовой, женьшеня);

– препараты, влияющие на метаболизм в сердце, применяются для уменьшения болей и неприятных ощущений в области сердца: милдронат, рибоксин, настойка боярышника. При нарушениях ритма (увеличении частоты сердечных сокращений) показаны аспаркам, панангин, конкор, барбовал, корвалдин;

– при повышении внутричерепного давления – диакарб, лазикс (фуросемид), препараты петрушки, можжевельника, крапивы, мочегонные травы;

– вегетотропные препараты – белласпон, беллатаминал. Они обладают комбинированным действием, влияют и на психо-эмоциональное состояние, и на болевой синдром, и на потливость, снимают симптомы как со стороны симпатической, так и со стороны парасимпатической нервной системы. Также в качестве вегетотропного препарата может быть использован платифиллин;

– антиоксиданты – мексидол, кртал, витрум-антиоксидант, янтарная кислота;

– витамины — показаны как поливитаминные комплексы с общеукрепляющей целью, так и изолированный прием витаминов Е, А, С, группы В (нейровитан, мильгамма, неуробекс, нейрорубин);

– адаптогены – это группа лекарственных средств, повышающих стрессоустойчивость организма. Они обладают антиагистеническим действием, способны повышать артериальное давление и тонус сосудов, повышают неспецифический иммунитет: женьшень, родиола розовая, лимонник, элеутерококк, заманиха, аралия, левзея сафлоровидная. Общестимулирующим действием обладают препараты, содержащие спирulinу, фенхель, тимьян, ламинарию.

Таким образом, для лечения разных симптомов нарушения ВНС используют разнообразный арсенал средств. Многие препараты одновременно влияют на несколько симптомов (например, настойка боярышника обладает седативным эффектом, уменьшает боли

в сердце и снижает артериальное давление). Следует помнить, что только лечащий врач может подобрать правильную комбинацию из лекарственных препаратов. Процесс выздоровления во многом, если не почти на 100%, зависит от самого больного, его позитивного настроения и желания преодолеть недуг. Оставленная без внимания болезнь может трансформироваться в более тяжелое и трудноизлечимое заболевание. Поэтому больным обязательно нужно обращаться к врачу, чтобы вернуть себе полноценную жизнь и уберечь организм от новых заболеваний. (3,6,7)

Вывод. Нарушения ВНС не только являются важной частью патогенеза многих заболеваний, а сами могут играть роль «пускового механизма» в развитии сложных болезней. В этой связи возникает необходимость использования дополнительных методов лечения на более ранних этапах нарушений ВНС с целью профилактики возможных осложнений, приводящих к снижению качества жизни населения

Список литературы

1. Вейн А.М. (ред.). Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика.
2. Воронова Н.В.: современные методы лечения нервной системы. М.: Аспект Пресс, 2008.
3. Карпов С.М., Саркисов А.Я., Ивенский В.Н., Гандьян К.С., Христофорандо Д.Ю. Вегетативная дисфункция и психосоматическое состояние у пациентов с невралгией тройничного нерва. Фундаментальные исследования. 2013. № 3-2. С. 298-302.
4. Карпов С.М. Механизмы адаптации при черепно-мозговой травме у детей. Практическая неврология и нейрореабилитация. 2007. № 1. С. 22.
5. Лобко П.И. и др. Вегетативная нервная система. Минск, 1988.
6. Малеванец Е.В., Карпов С.М., Калоев А.Д., Соломонов А.Д., Киреева О.Г. Процессы адаптации среди военнослужащих срочной службы. Клиническая неврология. 2013. № 3. С. 3-6.
7. Ноздрачев А.Д. Физиология вегетативной нервной системы, Л., 1983.
8. Недоспасов В.О. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем. М.: МПСИ, 2006.
9. Чефранова Ж.Ю. Топическая диагностика и лечение заболеваний нервной системы. Белгород: БелГУ, 2009.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Бардакова А.В.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, anna_st94@mail.ru

Диабетическая нейропатия – комплекс клинических и субклинических синдромов, каждый из которых характеризуется диффузным или очаговым поражением нервных волокон в результате СД. В клинических рекомендациях «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» 2015 года выделяются следующие формы диабетической полинейропатии: сенсорная, моторная, автономная (вегетативная).

Диагноз синдрома диабетической полинейропатии основывается на результатах анализа анамнеза, осмотра конечностей (состояние кожных покровов, наличие раневых дефектов и их характеристики, видимые деформации костных структур), данных оценки состояния периферической тактильной, вибрационной и температурной чувствительности, определении состояния периферического артериального кровотока.

Клиническая картина. Пациенты предъявляют жалобы на наличие длительно незаживающего раневого дефекта (иногда множественных дефектов) на конечностях, особенно в их дистальных отделах. Длительность существования ран может колебаться от нескольких недель до 2-6 лет. Наличие и выраженность болевого синдрома зависят от состояния периферической чувствительности, уровня локальной ишемии и тяжести присоединившейся инфекции. При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на длительность течения сахарного диабета, наличие

других поздних осложнений этого заболевания. Также при сборе анамнеза необходимо обратить внимание на наличие сопутствующих, непосредственно не связанных с СД заболеваний, которые могут влиять на скорость заживления раневых дефектов (сердечная и дыхательная недостаточность, онкологические заболевания, алиментарная недостаточность, терапия глюкокортикоидами и иммуносупрессантами).

Осмотр и пальпация конечностей. При осмотре стоп, голеней, кистей необходимо обратить внимание на состояние и цвет кожных покровов (сухие, влажные, бледные, розовые, гиперемированные), пальпаторно определить их температуру (холодные, теплые, горячие). Очень важно выявить асимметрию цвета и температуры кожи конечностей, что может служить первым признаком имеющегося нарушения.

Оценка состояния периферического артериального кровотока. Клинически значимая артериальная недостаточность может быть исключена при наличии хорошо пальпируемого пульса на периферических артериях конечностей или лодыжечно-плечевом индексе (ЛПИ) $>0,9$. ЛПИ $>1,3$ свидетельствует о ригидности артериальной стенки. У пожилых пациентов или у лиц с ЛПИ $>1,2$ состояние артериального кровотока должно быть подтверждено уровнем артериального давления в пальцевой артерии (величиной пальце-плечевого индекса) или данными транскутанной оксиметрии ($\text{SpO}_2 >40$ мм рт. ст.). Ультразвуковое дуплексное сканирование артерий подтверждает артериальную окклюзию, выявляет ее анатомическую локализацию и протяженность.

Оценка состояния периферической иннервации. Наличие диабетической нейропатии устанавливается на основании определения тактильной чувствительности с помощью 10 г монофиламента. Достоверность полученных результатов повышается при дополнительной оценке других видов чувствительности: вибрационной с помощью градуированного камертона 128 Гц или биотезиометра; болевой с помощью покалывания неврологической иглой; проприоцептивной с помощью пассивного сгибания в суставах пальцев стопы или кисти в положении больного лежа с закрытыми глазами; определение сухожильных рефлексов с помощью неврологического молоточка.

Оценка состояния костных структур нижних конечностей. «Золотым стандартом» оценки состояния костей и суставов остается рентгенография, позволяющая с высокой достоверностью определять очаги остеолита (остеомиелит). Мультиспиральная компьютерная томография позволяет уточнить локализацию и размеры остеомиелитического очага при планировании объема оперативного вмешательства. Однако эти методы визуализации неинформативны в диагностике острой стадии диабетической остеоартропатии. В этом случае целесообразно использование МРТ. Данный метод позволяет выявить отек костного мозга в зоне предполагаемого поражения. Наиболее простым, доступным и достаточно информативным методом диагностики острой стадии полинейропатии признается инфракрасная термометрия. Разница температуры над пораженным и контралатеральным непораженным суставом в 2 и более градусов Цельсия позволяет с высокой долей вероятности диагностировать это осложнение.

Диагностика раневой инфекции. Основным методом диагностики инфекционного процесса в ране является бактериологическое исследование. Для анализа необходимо брать образцы тканей из разных участков, так как микрофлора может различаться в разных областях дефекта. Клинически значимым считается содержание бактериальных тел выше 1×10^6

на грамм ткани или обнаружение β -гемолитического стафилококка.

Оценка состояния углеводного и липидного обмена является абсолютно необходимым компонентом обследования. Для этого необходимо исследование таких параметров как уровень гликированного гемоглобина A1c (HbA1c), уровень пре- и постпрандиальной гликемии, общего холестерина, холестерина ЛПНП сыворотки крови. Коррекция нарушений углеводного обмена у больного с синдромом диабетической полинейропатии должна проводиться параллельно с лечением раневого дефекта.

Заключение. Ранняя диагностика сахарного диабета позволяет избежать возникновения грозных осложнений этой патологии, в том числе и диабетической полинейропатии. Задача врача состоит в правильном выборе метода диагностики и как можно более раннем начале лечения сахарного диабета.

Список литературы

1. Дедов И.И., Шестакова М.В. Клинические рекомендации Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом. 6-й выпуск, 2015 г. С. 150-175.
2. Левин О.С. Полиневропатия. Клиническая лекция для врачей, 2014. С. 3-15.
3. Дедов И.И., Токмакова А.Ю., Егорова Д.Н., Галстян Г.Р. Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы, 2015 г. С. 100-170.
4. Францева А.П., Карпов С.М., Белякова Н.А., Седакова Л.В., Францева В.О., Чичановская Л.В., Шевченко П.П. Состояние зрительного анализатора при использовании препарата «тиогамма» при сахарном диабете I типа. Фундаментальные исследования. 2013. № 5-1. С. 164-167.
5. Францева А.П., Карпов С.М., Белякова Н.А., Штемберг Л.В., Муравьев К.А., Осипова Н.А. Оценка качества жизни при сахарном диабете I-го типа. Кубанский научный медицинский вестник. 2014. № 2 (144). С. 114-118.
6. Францева А.П., Карпов С.М., Белякова Н.А. Сахарный диабет I типа как фактор дисфункции зрительного анализатора. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2014. Т. 9. № 1 (33). С. 43-44.
7. Карпов С.М., Францева А.П., Белякова Н.А., Штемберг Л.В., Карпова Е.Н. Исследование зрительного анализатора на сменяющийся цветной шахматный паттерн у больных с сахарным диабетом I типа. Фундаментальные исследования. 2013. № 12-3. С. 486-490.
8. Frantseva A.P., Karpov S.M., Khatuaeva A.A. A state of visual analyzer according to the reverse color chees type pattern in case of patients with type 1 diabetes. European science review. 2014. № 11-12. С. 29-33.

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Большат Г.К., Амиров Ш.М., Долгова И.Н.

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия, megagashik@inbox.ru

Введение: когнитивные нарушения являются неотъемлемым спутником наиболее распространенных сердечно-сосудистых заболеваний. Чаще всего легкие и умеренные когнитивные нарушения возникают и прогрессируют с возрастом у пожилых людей, страдающих артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, хронической сердечной недостаточностью, и их наличие ухудшает течение и прогноз этих заболеваний. В свою очередь, прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний, особенно в сочетании с сахарным диабетом и метаболическим синдромом, способствует нарастанию проявлений когнитивных нарушений и формированию деменции. Именно с развитием когнитивного дефицита связывают огромные социально-экономические потери, которые несет общество. Распространенность когнитивных расстройств крайне высока, и в последние годы отмечается тенденция к ее неуклонному росту. Однако, несмотря на это, в ряде случаев присутствует недооценка роли факторов риска в развитии когнитивных нарушений. Несвоевременная диагностика начальных стадий когнитивного расстройства и, соответственно, отсутствие адекватной терапии приводят к их дальнейшему прогрессированию.